介護保険　認定有効期間の半数以上の短期入所サービスを必要とする理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年 　月 　日 | 性別 | 男・女 |
| 介護度 | 要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５ |
| 認定期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　か月） |
| 認定期間日数 | 日 | 認定有効期間の概ね半数 | 日 |
| 短期入所サービスの利用（予定）日数 | 日 |
| 認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画（実績及び予定含む） |
|  | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 |
| 日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累積 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用を必要とする理由（利用者の心身の状況などを記入して下さい。） |
| 　　　　　年　　月　　日　菊川市長　　　　　　　事業所住所　　届出者　　居宅介護支援事業者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　担当介護支援専門員　 |
| 　備　　考 |

※概ね半数を超えると予想される月の前月２０日までに提出してください。